

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

442

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 24 Juillet 1908, à 1 heure

DE

L'OMENTOVOLVULUS ou TORSION DU GRAND ÉPIPLOON

PAR

H. MATTRAIS

Président : M. H. SEGOND

Professeur

Juges : . . { MM. DELENS
GOSSET
PROUST

} *Agrégés*

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

8, Rue Casimir-Delavigne, 8

• 1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 24 Juillet 1908, à 1 heure

DE

L'OMENTOVOLVULUS ou TORSION DU GRAND ÉPIPLOON

PAR

H. MATTRAIS



Président: M. H. SEGOND

Professeur

Juges. . . { MM. DELENS
GOSSET
PROUST

} *Agrégés*

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

8, Rue Casimir-Delavigne, 8

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GABRIEL.
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....	DEJERINE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	QUENU.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	GILBERT-BALLET.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.....	RECLUS.
	SEGOND.
	de LAPERSONNE.
Clinique ophtalmologique.....	ALBARRAN.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	PINARD.
Clinique d'accouchements.....	BAR.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	Albert ROBIN.

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZAR.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANE.
BEZANCON Fernand	DESGRÈZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL Pierre.	LENORMANT.	PROUST.
BROCA André.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	SICARD.
CASTAIGNE.	JEANSELME.	MARION.	ZIMMERN.
CLAUDE.	JOUSSET André.	MORESTIN.	
	LABBE Marcel.	MULON.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

2

DE L'OMENTOVOLVULUS
OU TORSION DU GRAND ÉPIPLOON

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A M. LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur à la Faculté de Médecine

Chirurgien de la Salpêtrière

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Pendant notre séjour à l'hôpital de Tours, alors que nous étions interne dans le service de M. le docteur Lapeyre, il nous a été donné d'observer deux cas de torsion du grand épiploon, l'année dernière encore, nous avons eu l'occasion de pouvoir en observer deux autres cas ; l'idée nous vint alors d'étudier ces faits nouveaux et les principaux travaux écrits sur cette question et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Avant de commencer le sujet de notre étude, nous devons remercier tout particulièrement M. le docteur Lapeyre de la bienveillance qu'il a toujours eue pour nous et des documents qu'il eût la bonté de mettre à notre disposition pour parfaire notre travail.

Au moment de quitter la Faculté, nous devons aussi remercier nos maîtres dans les hôpitaux.

A Tours, où nous avons débuté, nous avons été l'externe et l'interne de M. le docteur Meunier, aujourd'hui professeur de clinique médicale, et qui sut nous rendre intéressante l'étude de la médecine : nous lui en sommes très reconnaissant.

Nous adressons nos remerciements à M. le docteur

H. Barnsby, dont nous avons été l'interne, pour l'enseignement chirurgical qu'il nous a donné, et à M. le docteur Thierry, professeur de clinique obstétricale, dont nous avons été aussi l'interne.

Nous avons été l'aide d'anatomie de M. le professeur Le Double, ses leçons remarquables ne quitteront pas notre mémoire.

Enfin, nous n'oublierons pas l'accueil charmant que nous fit M. le docteur Guérard à sa consultation dentaire.

A Paris, c'est à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur de Lapersonne, que nous avons acquis nos connaissances ophtalmologiques et c'est à la Pitié que nous avons complété nos connaissances en obstétrique dans le service de M. Rudaux, accoucheur des hôpitaux. Qu'ils veuillent bien accepter le témoignage de notre profonde gratitude.

Nous n'oublierons pas non plus les leçons si intéressantes que nous fit M. le docteur Sergent à l'hôpital Necker.

Il nous reste un agréable devoir à remplir, celui d'adresser ici nos remerciements à notre père, qui nous guida dans nos études et qui fut notre premier maître. Nous l'assurons de toute notre reconnaissance et de tout notre respect.

M. le professeur Segond nous fait le très grand honneur de présider cette thèse ; nous le prions d'accepter ici nos plus vifs remerciements.

HISTORIQUE

L'omentovolvulus est une affection d'une étude toute récente. S'il en existe de nombreuses observations, pendant longtemps elle a été une « surprise » au cours de l'opération, soit d'une épiplocèle étranglée, soit d'une appendicite.

La première observation a été publiée par *Oberst* en 1882. Longtemps après, en 1893, *Demons* présentait un nouveau cas, ainsi que *Bayer* en 1898, *Monod* (in thèse de Reynier) en 1899. En 1900 apparaissent les observations de *Wiener*, *Baracz*, *Peck*, *Hochenegg*, *Lucas Championnière*, *Lejars*, *Potherat*, *Walther*, *Chavannaz*, *Heitz et Bender*. En 1901, deux observations nouvelles, l'une de *Souligoux et Deschamps* ; l'autre de *Lucas-Championnière et Mauban*.

Ce n'est guère qu'en 1903 que *Vignard et Giraudeau* nous donnent, en même temps que la publication de deux observations inédites, la première étude documentée « sur la torsion intra-abdominale du grand épiploon ».

Depuis cette époque ont paru successivement : une thèse de *Roche* (Paris, 1905) ; un mémoire de *Riedel* (nov. 1905) ; un de *Pretzsch* (1906) ; un autre de *F. O. Smythe* (oct. 1906).

Enfin en 1907, *Lejars* puis *Lapeyre* nous donnèrent sur cette question une étude plus approfondie.

Vignard avait relevé 20 observations, *Lapeyre* après *Lejars* compte 68 cas publiées, nos deux nouvelles observations portent donc ce chiffre à 70. (1)



(1) Pour plus de clarté, nous placerons à la fin de ce travail, le résumé de la plupart des observations parues jusqu'ici. Nous ferons exception pour deux cas personnels déjà communiqués par M. LAPEYRE, à la *Société de Chirurgie* et que nous reproduirons immédiatement avec nos deux autres observations inédites.

OBSERVATION I. — Personnelle (1)

Forme Herniaire

*Hernie inguinale épiploïque droite irréductible. —
Omentovolvulus intra-abdominal. — Laparatomie
inguinale. — Guérison.*

Albert F..., homme d'équipe au P.-O., âgé de 40 ans, est porteur d'une hernie inguinale droite depuis six ans environ ; depuis quelque temps elle n'est qu'imcomplètement réductible. F..., éprouve depuis plusieurs mois des coliques fréquentes, des douleurs vagues au côté de sa hernie, il digère mal, a beaucoup maigri. Cependant il n'a jamais cessé de travailler. (Fig. 1.)

Brusquement, le 29 avril, en soulevant un colis, il est pris de coliques très violentes dans la fosse iliaque droite ; il rentre péniblement chez lui ; essaie de réduire sa hernie. Cependant les douleurs augmentent, les nausées apparaissent. Appelé le jour même, je trouve une épiplocèle irréductible et douloureuse à la palpation, de la douleur dans le ventre, une tuméfac-

(1) Communiquée par M. le Docteur LAFEYRE à la *Société de Chirurgie* 1907

tion paraissant se prolonger dans la région inguinale profonde. Je diagnostique épiplocèle étranglée et opère le lendemain matin.

Le sac ouvert, l'épiploon apparaît adhérent, par endroits violacé, noirâtre par place et comme en voie de sphacèle. Des veines énormes sillonnent la masse,



FIG. 4. — *Type herniaire*, — Tumeur herniaire et son prolongement intra-abdominal (schématique).

mais il n'existe pas d'anneau d'étranglement ; les portions d'épiploon sus-jacentes au trajet inguinal sont également malades. Je prolonge donc l'incision en haut sur le ventre, et finis par tomber sur une portion rétrécie du volume du ponce où l'épiploon est tordu trois fois sur lui-même de gauche à droite. Epiploon

au-dessus manifestement sain. La torsion est à une certaine distance de l'insertion colique. Je lie le pédicule (deux fils de catgut) et résèque la masse qui pèse 220 grammes.

Suites. — Simples. Guérison avec persistance de quelques troubles gastriques.



OBSERVATION II. — Personnelle (1)

Forme Appendiculaire

Torsion intra-abdominale du grand épiploon, prise pour une appendicite. — Incision de Jalaguier, le troisième jour. — Mort 54 heures après de péritonite septique.

M. X..., quarante-quatre ans, marchand d'engrais à Saint-Aignan, se rend pour ses affaires à Blois, le 4 août. Vers trois heures après-midi, après avoir soulevé de lourds sacs, il est pris brusquement d'une douleur en coup de poignard. Il rentre à Saint-Aignan en chemin de fer.

Le Dr Ratier, appelé, hésite entre une appendicite ou une occlusion : douleur aiguë, maxima vers la région abdominale droite.

Constipation absolue. Vomissements porracés. Pouls à 110. Pas de température mais facies péritonéal très mauvais. Le malade arrive à Tours, à Saint-Gatien, en pleine nuit.

(1) Communiqué par M. le Docteur LAPEYRE, à la Société de Chirurgie 1907.

Son état est lamentable. Les douleurs sont atroces, lui arrachent des cris. Les vomissements sont incessants, le pouls à 130. L'examen du ventre, peu facile, révèle une prédominance droite de la douleur et un empâtement diffus de tout le côté droit, étendu de l'arcade crurale aux fausses côtes. Il n'existe pas de hernie apparente; mais le malade interrogé, raconte

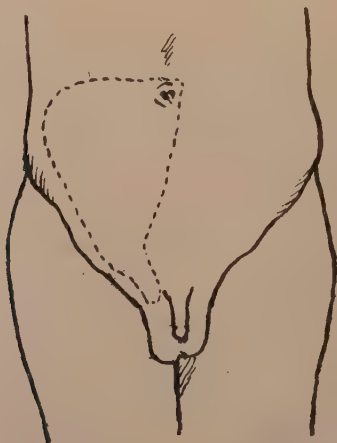


FIG. 2. — *Type appendiculaire.* — Tumeur intra-abdominale et son prolongement inguinal (schém.)

avoir depuis vingt ans une hernie inguinale droite, pour laquelle il a cessé de porter un bandage depuis trois ou quatre ans, la hernie ne sortant plus. Il attribue l'accident aux efforts faits pour charger ses sacs d'engrais en les appuyant sur son ventre.

Le malade qui vient de subir un voyage de trois heures est dans un état tellement grave que je ne puis

penser à intervenir immédiatement. Je crois du reste à une péritonite diffuse de cause appendiculaire. (Fig. 2.)

Traitement : glace, diète absolue, morphine, injection de sérum.

Le lendemain matin, 5 août, l'état est meilleur, la douleur est très calmée, plus de vomissements. Ballonnement du ventre modéré. La sensibilité à la pression est très vive dans tout le flanc droit ; le maximum n'est pas au point de Mac Burney ; il est en haut et en dedans vers l'ombilic.

L'empatement de tout le flanc droit est plus nettement perceptible ; la région inguinale profonde est douloureuse.

Trompé par la rémission des symptômes qui dure toute la journée, je tempore.

Le soir, température : 38,5 ; dans la nuit, nouvelle crise douloureuse, moins vive cependant que la première.

Le 6 au matin, le faciès est redevenu très mauvais, deux ou trois vomissements bilieux sont reparus. Etat local stationnaire. Inquiet de la tournure des événements, doutant du diagnostic d'appendicite, je me décide à intervenir.

Opération. — Incision de Jalaguier. Je tombe immédiatement sur un épiploon très épais, énorme, infiltré de sang, de coloration rouge noirâtre, parsemé de nom-

breux et volumineux ganglions eux-mêmes gorgés de sang.

Il existe des parties scléreuses, dures, de véritables cordes ; en d'autres points, d'énormes lacis vaineux.

L'épiploon plonge par sa partie inférieure dans le sac herniaire avec lequel il a contracté des adhérences



FIG. 3. — Aspect présenté par le grand épiploon, tordu au ras du côlon transverse.

multiples. Je le dégage ; puis, prolongeant en haut mon incision, je tombe sur un pédicule long de 4 à 5 centimètres, de la grosseur du petit doigt, tordu trois ou quatre fois sur lui-même de gauche à droite, ayant l'aspect d'une corde. (Fig. 3.)

Je le lie et enlève en masse tout l'épiploon qui pèse 460 gr. Il existe de la péritonite diffuse avec vascularisation et distension des anses intestinales. Cœcum et appendice parfaitement sains. Drainage et sutures.

Après une période d'amélioration très grande de 36 heures, brusquement l'état s'aggrave. Mort par péritonite septique, en pleine connaissance, 54 heures après l'opération.

OBSERVATION III.* — Personnelle (inédite)

Forme Herniaire

Vieille hernie inguinale épiploïque gauche irréductible. — Torsion dans le canal inguinal. — Laparatomie inguinale. — Guérison.

Il s'agit d'un Homme, âgé de cinquante ans, habitant Saint-Paterne, porteur d'une vieille hernie inguinale gauche, difficilement réductible. Depuis longtemps il ressent quelques douleurs vagues du côté gauche.

Il est envoyé à l'hôpital de Tours pour une épiplo-cèle irréductible, après une crise de pseudo-étranglement, c'est-à-dire après l'apparition de coliques très douloureuses, avec quelques vomissements, mais sans que le cours des matières et des gaz soit arrêté complètement.

Ces accidents s'étaient déjà produit avec moins de violence, dans le courant de l'année précédente. Deux fois notre malade fut obligé de cesser son travail et de se reposer pendant quelques jours. Mais pendant ces deux crises, il n'eût pas de fièvre, pas de vomis-

sements seule une douleur vive et exagérée par les mouvements.

A l'examen on sent une tumeur volumineuse, douloureuse à la palpation, très bien délimitée à sa partie inférieure ; mais l'extrémité supérieure est inaccessible, elle semble se perdre dans la région inguinale profonde. Rien n'est trouvé dans la fosse iliaque du côté de la tumeur.

Le diagnostic n'est pas porté, le Dr Lapeyre émet cependant un doute sur la possibilité d'un omentovolvulus, et non d'une simple épiplacède étranglée.

Opération. — Le sac est ouvert, après une incision inguinale haute de la paroi ; l'épiploon apparaît tordu dans le canal inguinal, au dessous de l'anneau inguinal profond.

La torsion est de deux tours environ.

La partie inférieure au-dessous de la torsion, est ferme au toucher et congestionnée.

Des adhérences anciennes s'étaient développées à l'extrémité inférieure du sac et supprimaient à l'épiploon toute possibilité de retour complet dans l'abdomen.

A la face interne du sac, il y a des lésions de péritonite récente.

L'opération faite par M. Lapeyre aidé par nous, est assez laborieuse à causes d'adhérences nouvelles entourant la partie moyenne de la tumeur.

La masse épiploïque est réséquée au-dessus de la torsion après ligature du pédicule.

Cure radicale.

Suites. — Guérison complète après quelques troubles douloureux.



OBSERVATION IV. — Personnelle (inédite)

Forme Herniaire

Hernie inguinale épiploïque gauche avec ectopie testiculaire double. — Laparotomie inguinale. — Epiploon surpris en voie de torsion. — Guérison complète.

Léon D... est un homme vigoureux, fort et grand, qui exerce la profession de facteur. Il est marié depuis sept ans, père de deux enfants. Soigné par le Dr Mattrais, notre père, il est envoyé à l'hôpital de Tours, pour se faire opérer d'une hernie inguinale épiploïque gauche. Il eût deux crises qui furent assez douloureuses et de courte durée, elles apparurent à chaque fois à la suite de marches assez longues que lui imposait son métier.

A l'examen on constate une absence de testicule dans les bourses; à droite le testicule n'est pas senti dans le trajet inguinal, il est intra-abdominal; à gauche le testicule est sorti à l'anneau, encore à l'entrée du canal où il détermine une légère douleur à la pression.

Derrière, dans le trajet du canal inguinal, s'est développée une hernie épiploïque, volumineuse.

Opération. — A l'ouverture du canal inguinal, le testicule apparaît sain, un peu petit cependant. Derrière se trouve une masse épiploïque, volumineuse, lé-

gèrement resserrée au niveau de l'anneau inguinal interne et pas enflammé en apparence. La partie inférieure qui a déjà subie une transformation fibreuse, du volume de deux noix environ, nous présente un phénomène intéressant :

L'épiploon est en voie de torsion ($1/4$ de tour) l'enroulement se fait de gauche à droite.

Pas d'adhérence, pas de liquide.

L'épiploon est réséqué au-dessus de la torsion après ligature du pédicule ; on est obligé pour rentrer dans le ventre l'épiploon sain de débrider l'anneau inguinal interne.

Cure radicale.

Suites. — Nous avons revu, depuis, Léon D... Pendant deux mois après l'opération, il a ressenti encore quelques douleurs.

Il avait repris son métier trente jours après l'opération ; aujourd'hui il ne souffre plus du tout. (1)

(1) Nous croyons devoir relever dans cette observation un autre fait intéressant : Cryptorchidie complète d'un côté ; testicule encore contenu dans le canal inguinal, arrêté à l'anneau du côté de la lésion. Or cet homme est père de deux enfants.

Faut-il admettre que le testicule situé à l'anneau remplissait des conditions suffisantes pour permettre la fécondation. En apparence ce testicule était normal, un peu atrophié cependant et d'autre part il était à la limite de la cryptorchidie.

Nous avons interrogé les dates et relevé celles de son mariage et de la naissance des enfants. Un intervalle de cinq ans s'est écoulé avant la naissance du premier.

Cet intervalle laisse la porte ouverte au doute, doute scientifique tout au moins.

ÉTIOLOGIE

L'omentovolvulus est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Roche, dans sa thèse, pour 29 observations, a relevé 24 cas chez l'homme et 5 chez la femme.

Le jeune âge semble à l'abri de cette affection. *Broca* a noté un cas chez l'enfant ; le malade de *Chavannaz* avait dix-neuf ans. L'adulte âgé est le plus souvent atteint, ce qui s'explique quand on remarque dans la plupart des observations, la présence d'une hernie inguinale ancienne.

L'effort, souvent mis en cause (cas de *Walther*, nos obs. I. II et IV), paraît jouer un rôle dans la marche des accidents. Les contusions abdominales répétées, les mouvements violents et brusques peuvent être la cause efficiente de la torsion et ont pu déterminer la crise dans les observations de *Denions*, *Monod*, *Baracz* et de *Lucas-Championnière*.

Le côté droit de l'abdomen est la localisation favorite de ces accidents, surtout dans les cas où l'omentovolvulus est spontané, sans hernie et sans tumeur. C'est ainsi que dans les 7 cas dus à MM. *Eitel*, *Noble*, *Stewart*, *Sindder*, *Otto Simon*, *Riedel* (2 cas) et re-

levés par *Lejars*, la localisation était à droite. La difficulté du diagnostic est ainsi augmentée et on remarque que dans 6 de ces cas le diagnostic d'appendicite fut posé.

D'après *Vignard*, la coexistence constante de la hernie paraît dominer.

Elle existait dans ces 20 observations où elle paraissait être le siège initial et principal des accidents.

La hernie inguinale droite était signalée dans la majorité des cas. Sur 19 cas de torsion avec hernie inguinale, *Vignard* en trouve 13 à droite et 6 à gauche.

Lejars signale que, malgré l'observation fréquente d'une hernie coexistante, il y a des cas où celle-ci peut manquer. Il cite :

1° Quatre cas où la tension épiploïque est accompagnée et consécutive à une tumeur.

a) *Broca* : Kyste hydatique de l'épiploon avec accidents inflammatoires ;

b) *Tuffier* : Cas d'une jeune femme opérée pour une tumeur apparue brusquement dans le bassin. Elle avait un épiploon tordu « auquel pendaient trois kystes hydatiques » ;

c) *Payr* : Chez une femme de quarante-neuf ans, kyste de l'ovaire à pédicule tordu et une tumeur épiploïque adhérente tordue aussi deux fois sur elle-même ;

d) *Simon* : Masse épiploïque à pédicule tordu et

adhérente à un kyste de l'ovaire gros comme une pomme.

2° Sept cas d'omentovolvulus sans hernie et sans tumeur publiés par *Eitel, Noble, Stewart, Sindder, Simon, Riedel* (2 cas).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'après le chapitre précédent, nous pouvons déjà distinguer deux variétés de torsion du grand épiploon :

L'une : *torsion avec coexistence d'une hernie*, étudiée par Vignard.

L'autre : *torsion indépendante de toute hernie*, ainsi définie par Lejars.

Nous nous attacherons à étudier surtout la première de ces variétés qui est de beaucoup la plus fréquente et pour laquelle nous nous efforcerons plus tard de montrer la possibilité du diagnostic.

A — *Etat de l'épiploon.* — Au point de vue macroscopique, l'épiploon présente habituellement des signes de réaction inflammatoire. Cette épiploïte presque toujours chronique, détermine dans l'épaisseur même de l'épiploon des transformations importantes.

1° *Transformation en bloc.* — La sclérose peut envahir en bloc tout le contenu du sac et même s'étendre à une portion épiploïque intra-abdominale plus ou moins grande. Nous pouvons avoir dans ce cas, en reprenant la division de Vignard : a) une torsion en un seul point, supérieur ou intra-abdominal assez près du colon transverse (obs. de Peck, Hochenegg,

Wiener, Lucas Championnière, Lejars, Potherat, Lucas Championnière et Mauban, Mousco, Vignard, Tuffier) ; moyen (Malherbe, Lapeyre) ; inférieur près du collet du sac herniaire (Oberst, Monod). ;

b) Une torsion en deux points différents, l'un supérieur pouvant siéger au niveau de l'implantation colique, l'autre inférieur dans le sac (Demons, Bayer, Baracz, Walther).

2° *Transformation partielle.* — Le processus scléreux peut aussi n'envahir que partiellement l'épiploon et former ainsi des faisceaux, à orientations diverses et comparables à des paquets de cordes pouvant favoriser la complexité des torsions (torsions complexes de Vignard).

On peut citer comme exemples : l'observation de Chavannaz où la torsion est produite par l'enroulement de l'extrémité inférieure repliée et relevée autour de la masse épiploïque ; celle de Souligoux et Deschamps, et enfin celle de Heitz et Bender où la partie inférieure de l'épiploon est divisée en deux faisceaux dont les pédicules sont enroulés l'un autour de l'autre comme de véritables lanières.

Tantôt l'épiploon est adhérent au sac herniaire ou à une tumeur, tantôt il est libre.

Le volume de l'épiploon sous-jacent à la torsion est quelquefois considérable. Son poids était de un kilo dans le cas de Baracz, 600 grammes avec Lucas Championnière, 460 gr. avec Lapeyre. (Obs. 1.)

Les tours de spire sont en général nombreux, variant de 2 à 6.

Un seul tour est noté dans l'observation de Lucas Championnière et Mauban et un quart de spire dans notre observation IV.

La direction de la torsion n'est relevée que dans un très petit nombre de cas, il n'est donc pas possible d'en établir une règle générale.

Le pédicule peut être très mince. Il est au maximum de la largeur de trois doigts, sa moyenne est de un doigt, il a pu toutefois se resserrer jusqu'à se rompre.

Tantôt le pédicule est très court, tantôt il est long de plusieurs centimètres, dans le premier cas la torsion est plus violente que dans le second.

Au point de vue microscopique, l'épiploon a subi des altérations profondes. Il nous présente une réaction inflammatoire avec leucocytose, des lésions vasculaires : les veines sont volumineuses et thrombosées, les capillaires sont dilatés en grand nombre et leur paroi est amincie.

B — *Etat du sac herniaire.* — Le sac ne présente pas des lésions aussi importantes que celles de l'épiploon. Toutefois la présence de la tumeur épiploïque retentit sur le sac qui est épaissi, très vasculaire et fréquemment relié (surtout dans les cas anciens qui auraient présenté quelques crises) à l'épiploon par des adhérences, qui, lorsqu'elles se font à l'extrémité inférieure de la masse épiploïque, favorisent la torsion.

Le sac ne contient jamais d'intestin.

Dans les cas de torsion herniaire, il a presque toujours été possible de faire pénétrer un doigt dans l'anneau inguinal, donc, absence d'étranglement de l'épiploon au niveau du collet.

La hernie peut enfin être vide (Peck, Wiener, Tuffier, Riedel, Smythe).

C — *Etat du péritoine et des parties voisines de l'omentovolvulus.* — L'inflammation du péritoine est rare. Dans un cas de Lapeyre, il y avait péritonite diffuse avec vascularisation abondante et distension des anses intestinales.

Le cœcum et l'appendice étaient sains, ils ne sont touchés que très rarement, dans le cas de Malherbe l'appendice était seulement congestionné et chez le malade de Vignard il contenait trois calculs stercoraux et il était complètement indépendant de la masse épiploïque.

La paroi est généralement intacte.



PATHOGENIE

La pathogénie de l'omentovolvulus est encore une question un peu obscure, malgré les travaux de Vignard, de Lejars, de Lapeyre sur ce sujet. Toutefois notre étude anatomo-pathologique nous aidera à éclaircir ce point si délicat.

Vignard ne s'attarde pas à l'étude de la torsion intra-abdominale ; pour lui, la hernie quand elle existe et c'est le fait le plus fréquent, joue incontestablement un rôle prépondérant dans la genèse habituelle de la torsion.

« Par suite, écrit-il, de la situation passagère ou permanente de l'extrémité inférieure de l'épiploon dans le sac, la longueur de l'organe est accrue, sa forme devient plus « ramassée » et ne permet plus un étalement complet au-devant de l'intestin. L'irritation locale qui en résulte est souvent cause d'une hypertrophie notable de cette portion inférieure, rendant l'épiploon comparable à celui d'une observation de Broca, épiploon auquel était appendu un kyste hydatique du volume du poing et qui s'était légèrement tordu sur son axe. »

Cette explication ne peut être appliquée ni aux torsions en deux points, ni aux torsions complexes.

D'après Lejars (1) « la présence d'un sac herniaire, où l'épiploon s'engage, s'étire, adhère, s'épaissit, semble créer à la torsion les meilleures conditions pathogéniques. Les gros noyaux d'épiploïte chronique, en partie pédiculée, qu'on trouve dans les épiplocèles, finissent par constituer, dans l'épaisseur de la membrane plissée et pelotonnée, des sortes de corps étrangers, des tumeurs lourdes, déclives, toutes prêtes à se déplacer latéralement, à tourner sur elles-mêmes une fois réduites et les mouvements de va et vient qu'elles exécutent, les manœuvres de taxis auxquelles elles sont soumises, exagèrent cette tendance à l'enroulement. »

Pour Lapeyre (1) aussi la cause première de la torsion doit être cherchée dans une épiploïte chronique « qui, non seulement augmente le poids de l'épiploon, en modifie la forme, mais crée dans son intérieur même des cordelettes scléreuses, des lanières toutes prêtes à se tordre les unes sur les autres, à s'enrouler entre elles ».

La présence de ces *cordelettes* scléreuses est très importante à connaître, car elle jette un jour tout nouveau sur la pathogénie des *hernies complexes*, et suivant l'opinion de Lapeyre, opinion que nous partageons, ces cordelettes ou ces lanières libres qui tour-

(1) LEJARS. — Les torsions du grand épiploon. *Semaine Médicale*, n° 7, 13 février 1907.

(2) L. LAPEYRE (de Tours). *Archives provinciales de Chirurgie*, n° du 5 juin 1907.

nent autour d'une masse épiploïque fixe ou bien qui tournent les unes autour des autres, peuvent seules nous expliquer la formation des torsions complexes.

L'épipoïte est donc pour Lejars et Lapeyre la cause probable, essentielle du volvulus.

L'*épipoïte chronique* est-elle suffisante pour expliquer ce phénomène de torsion ? Nous ne le pensons pas. Sans doute elle est une cause prédisposante, qui vient favoriser la torsion soit par sa forme, soit par les adhérences qu'elle a pu contracter. Est-elle nécessaire ? Non, puisqu'il y a des cas où l'épiploon était sain, sans transformations apparentes, sans adhérences (Obs. Hochenegg).

Il faut donc admettre une force active qui devienne la cause déterminante de cette torsion.

Dans les cas de *torsion intra-abdominales*, sans hernié, avec ou sans tumeur, il est probable que les mouvements péristaltiques de l'intestin, parfois très violents (obs. Oberst) et que les déplacements successifs de la masse intestinale peuvent déterminer la torsion d'une partie de l'épiploon, aidés en cela par une tumeur ou par des adhérences qui peuvent venir la compliquer.

Cas de torsion avec coexistence d'une hernie

a) La torsion en un seul point intra-herniaire (fig. 4). Dans cette variété, l'épiploon, qui tend à sortir de la cavité abdominale par l'anneau inguinal, trouve devant lui un canal étroit. Cette petite portion libre de l'épiploon s'y engagera plus facilement si elle est douée



FIG. 4. — Torsion de l'épiploon (cas de Wiener)
Torsion en un seul point.

d'un mouvement de rotation à la manière d'une vrille. Ce mouvement pourra lui être imprimé par des influences extérieures : contractions musculaires, marche, exercices violents, chute, etc. Il sera de plus favorisé par la différence de résistance que rencontrera la masse épiploïque dans les parois du canal inguinal.

Nous avons surpris dans notre observation IV, l'épiploon en son début de torsion (un quart de tour), et là le canal était encore plus étroit, à cause de la présence du testicule.

Ainsi, l'épiploon peu à peu s'habitue à cette nouvelle forme, il s'organise lentement, sous l'influence d'irritations et de phénomènes d'épiploïte. Les tumeurs réséquées conservaient pour la plupart leur pédicule tordu. On comprend maintenant que cette torsion acquise, si faible soit-elle, facilite la formation d'un plus grand nombre de tours.

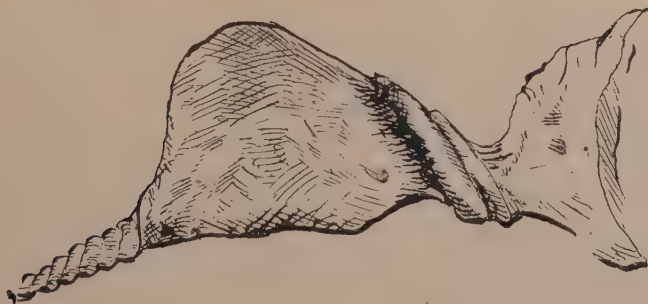


FIG. 5. — (Cas de Baracy) Exemple de torsion en deux points différents.

b) La torsion se fait en deux points (fig. 5), l'un abdominal, l'autre intra-herniaire. Ce cas réunit en une seule les deux variétés que nous venons d'examiner et les différentes causes énoncées plus haut sont toutes applicables ici.



SYMPTOMES

Pour l'étude clinique de l'omentovolvulus, nous dégagerons des chapitres précédents deux grandes formes de torsion déjà distinguées par Vignard, et mieux par Lapeyre.

1° FORME HERNIAIRE, prise presque toujours pour une épiplocèle étranglée.

2° FORME ABDOMINALE ou mieux APPENDICULAIRE, car elle simule l'appendicite avec laquelle on l'a souvent confondue.

Nous préférons cette division à celle donnée par Lejars, à savoir :

1° Torsion épiploïque combinée à une hernie irréductible.

2° Torsion épiploïque combinée à une hernie vide.

FORME HERNIAIRE. — *Début.* — Dans les observations des cas de cette forme, il est à remarquer l'existence d'accidents antérieurs plus ou moins atténués. Riedel a particulièrement insisté sur ce point. Il cite trois cas où la crise terminale de torsion complète serrée, avait été précédée à un mois, trois mois et dix-huit mois auparavant d'une crise initiale caractérisée par un malaise général, par des douleurs et des vomissements de

courte durée, laissant après elle une certaine sensibilité et pesanteur de la région inguinale. « Comme pour les pédicules ovariens, pour les fibromes utérins ou pour la rate, dit Lejars, il y a là, aussi, des torsions incomplètes, chroniques, successives par étapes. »

Les accidents nous révèlent ainsi la marche progressive de la torsion. « La 6^e crise, dit Malherbe dans son observation, celle qui a décidé le malade à réclamer des secours à l'hôpital, semble avoir été plus vive que les précédentes et un peu différente dans sa modalité. »

Le malade de Lapeyre éprouve depuis quelques mois des coliques fréquentes, des douleurs vagues du côté de sa hernie. Dans l'observation IV, à la suite de quelques fatigues, notre malade ressent lui aussi des douleurs, la torsion est cependant bien faible ($1/4$ de tour), il est vrai que le testicule en utopie augmente la compression du pédicule encore mal formé.

Ces symptômes de début peuvent-ils être considérés comme caractéristiques de la torsion ?

L'épiploïte herniaire se manifeste souvent par des accidents analogues et ce ne sera guère qu'à la période d'état qu'il nous sera possible de faire une distinction.

Etat. — La douleur, que l'on retrouve dans tous les cas d'omentovolvulus, est le symptôme qui domine la scène.

Elle est vive d'emblée, comparable à des coups d'épingles avec quelques périodes de rémission, mais reprend bien vite et oblige le malade à s'aliter. Chaque

mouvement, en effet, devient très douloureux, et le soulagement n'apparaît que dans un repos complet (observ. de Wiener) ; (Vignard) : « la douleur apparaît dans l'après-midi, se calme pendant la nuit pour réapparaître plus violente le jour suivant » ; (Malherbe) : « les douleurs persistent très intenses pendant cinq à six heures, elles laissent alors quelque répit au malade qui peut s'endormir vers une heure du matin ».

La marche de la douleur peut aussi être continue et croissante, sans aucune période d'accalmie, ce qui est rare, et nécessiter une intervention plus rapide.

Son siège n'est pas purement herniaire, sans doute aux premiers instants, c'est dans la hernie qu'elle s'est localisée, mais bientôt si on fait un examen direct du ventre, ce siège est plus haut dans la région inguinale profonde, la douleur s'irradie dans la fosse iliaque droite (cas de Oberst, Demons, Bayer, Lucas-Championnière, Potherat, Souligoux et Deschamps, Moreno, Vignard).

Jamais, dans la torsion épiploïque, l'arrêt des gaz et des matières n'est complet. C'est là un signe très important à connaître, car il nous permet jusqu'à un certain point de distinguer la torsion de l'étranglement herniaire, dans lequel cet arrêt peut être complet.

Les *nausées* et les *vomissements* ont presque toujours été notés. Les seconds ont été particulièrement abondants dans certains cas, de Peck, Hochenegg, Lucas Championnière, Malherbe.

La constipation est fréquente.

Les signes généraux sont très variables et sont en rapport avec la durée de la crise.

Le facies est peu altéré. La température est élevée dans quelques observations : Monod, Baracz, Hochnegg, Lejars, Vignard. Elle varie entre 38° et 39°.

Le pouls est accéléré et petit dans les cas graves.

Signes physiques. — Ce sont d'abord des signes d'épiplocèle : hernie douloureuse au toucher, volumineuse, mate et irréductible. Si on a le soin de bien explorer toute la région inguinale, on sent au palper une « corde épiploïque », continuation nette « de la tumeur dans l'abdomen, ou prolongation dans le ventre d'une tuméfaction diffuse, d'un empatement localisé ». Oberst sentait une tumeur inguinale « se prolongeant dans l'abdomen par un cordon mince, mobile, non réductible ». Monod constatait « profondément, dans la fosse iliaque droite, un cordon, qui paraît se continuer avec la masse inguino-scrotale, et qui ne peut être que l'épiploon ». Avec Baracz, c'était « un cordon dur très perceptible au niveau du canal inguinal dont il suit la direction » et qui partait du testicule gauche. Potherat trouvait « une hernie inguinale épiploïque, avec au-dessus de l'arcade crurale une masse volumineuse ».

Dans le cas de Lucas-Championnière, c'était « une masse irréductible dure et douloureuse se continuant très manifestement avec une masse intra-abdominale, de dureté analogue, qui s'étalait au-dessus du pli de l'aîne et remontait jusqu'à l'ombilic ». Enfin, Vignard

remarquait « une tumeur dure, allongée, bosselée, étendue du rebord costal jusqu'à la bourse droite et dont l'extrémité effilée s'enfonçait dans le canal jusqu'au testicule. »

La division de Vignard en *forme lente* (torsion insoupçonnée, et que des accidents peuvent venir brusquer) et en *forme aiguë* (à apparition soudaine) pourrait s'appliquer la première à notre torsion herniaire et la seconde à la torsion appendiculaire; pour celle-ci, comme nous le verrons, les symptômes du début sont, en effet, moins nets et passent souvent inaperçus.

FORME APPENDICULAIRE. — *Début.* — Les symptômes du début sont moins nets que dans la forme précédente; les crises douloureuses, aiguës, passagères, sont souvent confondues avec des crises appendiculaires. La crise elle-même, cependant, ne ressemble pas à l'appendicite. « En portant le diagnostic d'appendicite, dit Lejars, on garde presque toujours une arrière-pensée : appendicite; oui, cela y ressemble bien, mais appendicite un peu étrange d'allure, avec une tumeur exceptionnellement grosse et développée tout de suite, avec un abcès considérable, semble-t-il, et pourtant très peu douloureuse, sans localisation franche, sans réactions abdominales accusées, avec une fièvre légère et fugace, avec un état général très peu atteint et de plus combinée à cette hernie épiploïque irréductible, qui précisément l'est devenue au moment des accidents ».

Ainsi Lejars nous montre bien la disproportion qu'il

Il y a entre cette énorme et immédiate tuméfaction et les phénomènes généraux très peu marqués.

La *douleur* ne débute pas aussi brusquement que dans l'appendicite, ce n'est pas le « coup de pistolet », de plus son siège n'est pas localisé. Dans l'observation de Malherbe, le maximum se trouve dans la forme iliaque droite, au point de Mac Burney. Cette précision est rare et le plus généralement, comme l'a décrit Vignard dans son observation, la douleur se promène, « elle se montre d'abord dans le côté droit de l'abdomen, simulant l'appendicite ; quelques jours plus tard, le maximum se trouve dans la bourse droite, faisant songer à une orchite. A l'examen, la douleur disparue des régions scrotale et appendiculaire se localise presque immédiatement au-dessus du rebord costal droit, là où nous avons trouvé la torsion maxima ».

Le siège est à droite dans la plupart des observations de cette forme (Monod, Baracz, Hochenegg, Wiener, Lejars, Vignard, Malherbe, Lapeyre).

Quant aux autres symptômes : nausées, vomissements, arrêt des gaz et des matières, ils sont plus rares.

Tuffier les avait notés et avait pensé à une obstruction intestinale ; on les retrouve peu accentués dans les cas de Hochenegg, Lejars.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'omentovolvulus n'est pas facile.

Aux deux grandes formes que nous avons étudiées peut correspondre des erreurs de diagnostic. Pour la *forme herniaire*, il faudra éviter l'*épiplocèle étranglée* ; pour la *forme appendiculaire*, l'*appendicite* et quelquefois l'*occlusion*.

Lapeyre, dans un cas aigu, grave, sans hernie apparente, disait : « Je faisais le diagnostic appendicite, faute de mieux, comme diagnostic de probabilité. J'ai opéré, surtout parce que j'avais des doutes sur une occlusion possible. Et rappelant encore que M. Tuffier a une fois, en pareil cas, cru à une occlusion, je dirai que l'impression, cette impression si importante dans les affections abdominales, fait hésiter entre appendicite et occlusion ».

Dans la forme purement herniaire, c'est-à-dire sans aucun prolongement intra-abdominal, nous avons vu qu'il n'existait aucun signe particulier à la torsion. Il y a bien les petits accidents antérieurs, l'absence de phénomène complet d'occlusion, mais ces symptômes ne sont pas suffisants, et le diagnostic d'épiplocèle étranglée est la règle, la torsion n'est plus qu'une trouvaille de l'opération.

Quand la tumeur herniaire envoie un prolongement intra-abdominal, peut-on considérer ce signe comme caractéristique ? Vignard attachait beaucoup d'importance à ce point. « Tous les symptômes sont contingents et banals, un seul d'entre eux peut avoir une très réelle valeur, c'est la présence de la *corde épiploïque*. Celle-ci existe au niveau du canal inguinal et peut se prolonger plus ou moins haut dans la cavité abdominale. Mais l'existence d'une tumeur intra-abdominale, légèrement douloureuse, peut être interprétée différemment. D'abord, ce signe peut faire défaut, soit par modification de l'épiploon, soit par la tension des parois. De plus, les accidents inflammatoires d'épiploïte intra-herniaire peuvent se propager à l'abdomen.

Malgré cela, *l'examen du trajet inguinal droit doit rester un point très important pour éclaircir le diagnostic*, surtout dans un cas de forme appendiculaire chez un hernieux.

« En effet, dit Lapeyre, si au cas de hernie irréductible et douloureuse, la continuité des tumeurs abdominale et herniaire est encore assez facile à reconnaître, il est des cas où la hernie paraît vide et où ce n'est qu'en palpant profondément, en enfonçant le doigt dans le trajet inguinal, qu'on sentira profondément la tuméfaction douloureuse. »

Le diagnostic *d'appendicite* en cas de torsion abdominale, nous semble plus facile à éviter. Nous avons vu, dans l'étude des symptômes, la différence qui existait entre la tumeur appendiculaire et la tuméfaction

abdominale. Celle-ci se caractérise par son apparition soudaine, et son extension jusqu'à l'ombilic en haut, et en bas, dans la région inguinale profonde, derrière l'arcade de Fallope.

Smythe, Lejars, Lapeyre ont déclaré que devant de tels cas, ils ne posèrent le diagnostic appendicite qu'en faisant certaines réserves.

Lapeyre prétend que la tuméfaction abdominale « laisse libre d'habitude la partie externe de la fosse iliaque et peut parfois en être délimitée, déplacée latéralement ».

Le symptôme le plus important et qui nous permettra d'établir avec plus de sûreté le diagnostic de torsion, c'est la présence d'une « *hernie indicatrice* », selon le mot de Lejars.

Deux cas peuvent se présenter :

a) *Hernie volumineuse, irréductible, douloureuse.*

Vagnard, dans un cas semblable, posait le diagnostic d'appendicite herniaire. Cette erreur peut être évitée en constatant l'étendue de la tuméfaction et la rapidité de son développement.

Lucas-Championnière et Mauban observent que « la tumeur inguinale droite, très dure, se continuait dans le ventre et dans la direction du canal ».

b) *Hernie vide.*

Ici le diagnostic est toujours difficile. On peut penser, en effet, à une tumeur spontanée. Il n'y a que

l'interrogatoire qui nous mette sur la voie d'une hernie qui aurait pu passer inaperçue.

Mais si cette hernie est vide, elle ne nous renseigne que fort peu et on devra procéder avec attention à une exploration profonde de cette région.

Smythe nous fait un tableau de cette exploration particulière. Depuis dix ans, un de ses malades qu'il opéra, était atteint d'une hernie inguinale gauche, réduite deux fois avec difficulté, mais qui ne « sortait » plus. Brusquement il présente des douleurs abdominales du côté droit, accompagnées de nausées et de température. L'examen « révélait une certaine résistance musculaire de la paroi abdominale, surtout marquée à droite de la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic ; une volumineuse tumeur était facilement délimitée à travers la paroi épaisse, et l'on notait que la palpation se laissait pratiquer de façon beaucoup plus satisfaisante qu'il n'arrive habituellement dans une attaque aiguë d'appendicite », la laparotomie fit découvrir une tumeur épiploïque avec un pédicule tordu six fois.

Cette exploration seule nous permettra de savoir s'il existe des connexions entre la hernie et la tumeur intra-abdominale, d'en connaître leurs principaux caractères, leurs limites et nous aidera ainsi à poser le diagnostic.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON

Presque tous les cas d'omentovolvulus, diagnostiqués ou non, furent l'objet d'une intervention chirurgicale quelques jours seulement après le début de la crise. Il est donc bien difficile de déterminer avec précision la marche des accidents.

Cependant, dans quelques cas, les malades furent opérés tardivement : le neuvième jour (Lucas-Championnière) ou le vingt-quatrième jour (Lucas-Championnière et Mauban). Malgré cette longue durée, les accidents paraissaient stationnaires, sans gravité croissante connue dans les cas aigus d'épiplocèle étranglée, sans amélioration générale comme il arrive dans les cas d'appendicite favorable. On fut toujours obligé d'opérer.

La guérison de l'omentovolvulus après l'opération est la règle.

PRONOSTIC

Il est bénin, comme on a pu le constater jusqu'ici dans la majorité des cas, c'est une affection non mortelle.

Lejars a relevé 7 décès sur 66 cas, il convient d'ajouter à ce nombre 1 décès pour les quatre observations nouvelles.

Trois malades ont succombé à une complication intercurrente :

Broncho-pneumonie le cinquième jour (Monod) ;

Broncho-pneumonie trois semaines après (Heitz et Bender) ;

Delirium tremens le deuxième jour (Lejars) ;

Mort le lendemain chez un homme opéré *in extremis* (Moresco) ;

Mort 36 heures après (Eiselsberg).

Chez les deux derniers on a remarqué des ulcérations gastriques et intestinales avec hémorragies consécutives.

Péritonite septique 54 heures après l'opération (Lapeyre).

Les suites opératoires en général nous paraissent très favorable, malgré quelques douleurs et troubles intestinaux passagers, et quel qu'en soit la forme, herniaire ou appendiculaire.

L'intervention devra toutefois remplir certaines conditions que nous examinerons dans notre prochain chapitre.

TRAITEMENT

Intervention chirurgicale rapide et ablation de la tumeur, tel est le seul traitement de l'omentovolvulus.

La précision du diagnostic acquiert ainsi une très grosse importance. Si l'épiplocèle étranglée exige elle aussi une intervention rapide, il n'en est plus de même de l'appendicite, dont le diagnostic est très souvent posé par erreur dans les cas de torsion abdominale.

L'appendicite peut, en effet, admettre un traitement médical et chirurgical. Le premier, appliqué d'abord, immobilise et le malade et l'intestin, dans le but de refroidir les lésions péritonéales avant d'intervenir dans un cas aigu, qui justement ressemblera le plus à un cas d'omentovolvulus. Nous devons donc admettre le principe suivant énoncé par *Lapeyre* :

« Ne s'abstenir que devant une appendicite évidente, intervenir toujours et quand même d'urgence, quand le diagnostic appendicite n'est qu'une probabilité. La règle d'exception doit alors céder le pas devant la règle générale. »

L'intervention sera différente suivant la forme de l'omentovolvulus.

Dans la *forme herniaire*, le traitement est la « her-

nio-laparotomie ». Mais il ne faut pas oublier que le pédicule tordu étant près du collet, au-dessus ou au-dessous, nous pouvons avoir une seconde torsion intra-abdominale, sans colique le plus souvent.

Von Eiselsberg opéra un malade qui mourut 36 heures après ; à l'autopsie, on remarqua que la portion inférieure, tordue, avait été réséquée et que l'épiploon, resté dans l'abdomen, était lui aussi tordu trois fois.

Moresco sectionna le pédicule aminci d'une tumeur épiploïque intra-herniaire. Cure radicale. Le malade meurt le lendemain et à l'autopsie on trouve dans le ventre une grosse masse épiploïque à pédicule sous colique, tordu trois fois et en voie de sphacèle.

Ces cas nous prouvent donc que les recherches doivent être complètes et que, pour cela, il faudra continuer en haut et l'incision, s'il est nécessaire et l'examen, jusqu'à la découverte des parties saines de l'épiploon.

Forme appendiculaire. — Incision de Jalaguier.

Faire une hémostase minutieuse ; détacher avec soin les adhérences qui auraient pu se faire avec les parties voisines. Examiner l'appendice que l'on a sous la main et le réséquer au besoin.

La tumeur épiploïque sera enlevée.

On ne peut guère parler de la simple détorsion de la tumeur comme traitement. C'est un procédé qu'ont essayé Walther et Sonnenburg, mais de courte durée, car ils l'ont fait suivre immédiatement d'une résection

de la masse. On comprend que ce serait une grande faute, de laisser un épiploon soit-disant détordu.

Nous avons vu, en effet, dans notre étude pathogénique, que la torsion tend toujours à se refaire parce qu'elle est le résultat d'un travail lent et progressif.

Le traitement sûr, c'est la résection de l'épiploon tordu. La section devra être faite en plein tissu sain, au dessus du pédicule, après ligature au catgut.

Libérer le bout inférieur avec précaution.

Fermeture de la paroi.

CONCLUSIONS

Les observations d'omentovolvulus sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense. « L'omentovolvulus n'est pas une curiosité rare » dit Lejars. Il est donc très important de bien connaître cet accident, d'en étudier ses différentes formes et ses symptômes particuliers ; car, souvent, contrairement aux conclusions de Roche (1) le diagnostic devrait pouvoir être posé et l'omentovolvulus ne devrait plus être une « surprise » de l'opération.

L'omentovolvulus se présente sous deux formes différentes :

a) *Forme herniaire.*

b) *Forme appendiculaire.*

Nous étudions spécialement cette deuxième forme d'omentovolvulus avec « hernie indicatrice » en raison :

- 1° De sa fréquence plus grande ;
- 2° De l'intérêt présenté par la possibilité de faire un diagnostic et d'en donner les bases.

Dans la *forme herniaire* les symptômes n'ont rien de

(1) ROCHE, *Thèse de Paris*, 1905.

bien caractéristiques. On la confond avec l'épiplocèle étranglée.

Toutefois, la présence d'une torsion épiploïque nous expliquerait assez clairement les accidents plus ou moins atténués, à intervalles irréguliers, dont le phénomène dominant est la douleur, d'une durée assez courte, qui surviennent fréquemment chez les *hernieux*.

La tumeur épiploïque dans la *forme appendiculaire* se signale par la présence d'une hernie inguinale « *indicatrice* », par son évolution rapide, par son extension en haut jusqu'aux fausses côtes et l'ombilic et en bas jusque dans la région inguinale profonde où elle pourra se continuer avec la tumeur herniaire, par l'absence de phénomènes d'occlusion complète et enfin par le manque de température.

C'est avec ces principaux signes qu'il sera possible d'éviter la confusion de l'omentovolvulus, avec quelquefois l'occlusion, et surtout avec l'appendicite. Si celle-ci, en effet, comme nous l'avons vu, admet, au moment de la crise, deux sortes de traitement : l'un médical, l'autre chirurgical, l'omentovolvulus n'en admet qu'un seul : l'intervention, et le pronostic sera d'autant plus bénin que l'intervention aura été plus rapide.

Traitement : résection en tissu sain de la portion épiploïque tordue.

Bien explorer l'épiploon, ne pas craindre de faire

une incision haute ou de prolonger sa première incision en cas de doute.

...e refermer la paroi qu'après s'être assuré que l'épiploon abandonné dans le ventre était sain.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
SEGOND.

VU : LE DOYEN,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
LIARD.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

ET BIBLIOGRAPHIE

OBERST. — *Centralblatt für chir.* n° 27. 1882(p. 441

Homme, 35 ans.

Depuis 15 ans hernie inguinale droite.

Irréductible depuis 2 jours.

Accident d'étranglement : douleurs, constipations, nausées.

La tumeur sentie descend à la partie moyenne du scrotum, se prolonge en haut dans l'abdomen.

Diagnostic : épiplocèle étranglée.

Opération : kélotomie, torsion épiploïque, très serrée, pas d'intestin, adhérences récentes.

DEMONS. — Congrès de Pau, section de chirurgie, sept. 1892, (*in Revue de Chir.* 1893, p. 152).

Homme, 36 ans.

Vieille hernie inguinale droite.

Après fatigues et effort, symptômes d'étranglement.

Diagnostic : hernie étranglée.

Opération : kélotomie, masse épiploïque tordue, commencement de sphacèle. Résection partielle.

Laparotomie secondaire, après phénomènes péritonéaux : masse gangrenée tordue au dessous du colon transverse.

C. BAYER. — *Centralblatt für Chir.* 1898, n° 17.

Femme, 54 ans.

Hernie inguinale gauche depuis 15 ans.

Symptômes (peu marqués) d'étranglement.

Opération : herniolaparotomie, masse épiploïque violacée, grosses veines dilatées, prolongement intra-abdominal, torsion 4 à 5 tours — à la partie inf. torsion en sens inverse — adhérences.

MONOD. — *In thèse de Reynier.* Paris 1898-99.

Homme, 40 ans.

Hernie ing. droite depuis 10 ans.

Après efforts : douleur, hernie irréductible. Taxis vain.

Diagnostic : épiplocèle étranglée.

Opération, kélotomie : sac épaissi, épiploon enflammé, torsion (6 tours) intra-abdominale.

Mort de broncho-pneumonie grippale.

VON EISELSBERG. — *Deutsche med. Noehenschrift* 1898.
Vereins beilage, n° 35. p. 260.

Homme, 42 ans.

Hernie ing. droite depuis 3 ans.

Souffre.

Opération : épiploon tordu de droite à gauche.

VON BARACZ. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1900. Bd 54.

Homme, 42 ans.

Hernie ing. gauche ancienne.

Après efforts : violente douleur, hernie irréductible, symptômes généraux graves.

Diagnostic : étranglement épiploïque avec péritonite.

Opération, kélotomie : sac épaissi. Torsion en 2 points. Ablation de la masse qui pèse environ 1 kilo.

PECK. — *Medical Record*, février 1900.

Femme, 37 ans.

Hernie ing. droite depuis 12 ans.

Symptômes d'étranglement. — Masse dure abdominale.

Diagnostic : tumeur intra-abdominale.

Opération : épiploon tordu près du colon, quelques adhérences au niveau de la trompe et de l'ovaire droit.

HOCHENEGB. — *Soc. impériale et royale de médecine de Vienne*, 23 fév. 1900. In *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1900, p. 291.

Homme.

Hernie ing. droite réductible depuis l'enfance.

Symptômes subits d'étranglement, mais passagers ; l'état général s'aggrave. Rien dans le canal inguinal.

Diagnostic : étranglement herniaire suivi de réduction en masse, ou appendicite à cause d'une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Opération, laparotomie : ascite sanguinolente, tumeur épiploïque, volume d'une tête d'enfant, violacée, grosses veines ; torsion à la partie supérieure, épiploon sain.

WIENER. — *Annals of Surgery, Philad.* avril 1900.

Homme, 79 ans.

Hernie ing. droite depuis 30 ans.

Contusions ; phénomènes d'étranglement avec période de repos ; sac herniaire inhabité.

Diagnostic : abcès intra-abdominal.

Opération, laparotomie : tumeur épiploïque ; torsion de 5 à 6 tours — adhérences légères à la paroi.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie.* 9 mai 1900, p. 525 (deux cas).

1° Homme, 54 ans.

Hernie ing. droite ancienne, irréductible, volumineuse.

Douleurs.

Opérations : masse épiploïque énorme dans le petit bassin, cordon dur dans le sac, adhérences profondes ; dissection laborieuse et ablation de la tumeur.

2° Homme, 45 ans.

Hernie ing. gauche.

Douleurs, signes d'étranglement, hernie irréductible.

Opération : Tumeur (645 grammes), adhérences ; pédicule tordu près du colon transverse ; la partie de l'épiploon intra herniaire est très adhérente aux bourses.

LEJARS. — *Soc. de Chirurgie*, 9 mai 1900. (Discussion de l'observation de M. Lucas-Championnière.)

Homme.

Diagnostic : appendicite.

Opération, laparotomie : masse énorme épiploïque, tordue 3 ou 4 fois au dessous du colon transverse, résection.

POTHERAT. — *Soc. de Chirurgie*, 1900. (Disc. de l'obs. de M. Lucas-Championnière.)

Diagnostic de réduction en masse chez un hernieux présentant des symptômes d'étranglement après taxis.

Opération : épiploon noir dans le sac avec prolongement intra-abdominal ; tumeur épiploïque tordue au dessous du colon transverse.

Excision.

WALTHER. — *Soc. de Chirurgie*, 1900. 9 mai, p. 531. (Disc. de l'obs. de M. Lucas-Championnière.)

Homme.

Hernie inguinale congénitale.

Après exercice violent, apparition de phénomènes douloureux.

Deux heures après : opération.

Dans le sac herniaire torsion (6 tours) de l'épiploon entre deux adhérences.

CHAVANNAZ. — *Gazette hebdomadaire de Méd. et de Chir.* 28 juin 1900.

Homme, 17 ans.

Hernie ing. droite depuis l'âge de 22 mois.

Simple tumeur à droite sans autres symptômes.

Opération : liquide séreux dans le sac, tumeur en battant de cloche, formée par l'épiploon replié sur lui-même, deux tours de spère.

X. BENDER et J. HEITZ. .. *Bulletin de la Société anatomique*, nov. 1900.

Homme, 50 ans.

Hernie ing. gauche ancienne, volumineuse et irréductible.

Crises douloureuses. Bon état général.

Opération : liquide, masses épiploïques : 2 parties formant un cordon tordu 2 fois sur lui-même.

Mort de broncho-pneumonie.

SOULIGOUX et DESCHAMPS. — *Bulletin de la Soc. anatomique*. Mars, 1901.

Femme, 35 ans.

Opérée d'une salpingite ; hernie épiploïque au niveau de la cicatrice.

Opération : masse épiploïque, intra-abdominale reliée par deux pédicules à l'épiploon sain, l'un est tordu 2 fois 1/2 sur lui-même.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et MAUBAN. — *Bulletin de la Soc. Anatomique*, mars 1901.

Femme, 50 à 55 ans.

Depuis 20 ans, hernie ing. droite volumineuse, irréductible.

Crises : vomissements, douleurs.

Opération : tumeur épiploïque de consistance lardacée (commencement de gangrène) se continuant dans le ventre. Torsion d'un tour de spire au-dessous du colon transverse.

TUFFIER. — *Bulletins et mémoires de la Soc. de Chirurgie*, 1901.

Homme, 46 ans.

Hernie ing. gauche ancienne.

Crise douloureuse.

Diagnostic : occlusion.

Opération, laparotomie : ascite légère, tumeur épiploïque gangrenée, tordue deux fois au dessous de l'estomac et fixée en bas au niveau du canal inguinal.

G. ŒLWEIN. — *K. K. Gesellschaft der Aertzte in Wien*. 1901.

Homme, 76 ans.

Hernie ing. droite depuis 30 ans.

Diagnostic : appendicite.

Laparotomie : épiploon tordu 4 fois au-dessous du colon. Extrémité inférieure incluse dans le sac herniaire.

WIART et RENON. — *Bulletins et mémoires de la Soc. anatomique*, février 1901.

Femme, 53 ans.

Hernie droite depuis 13 ans.

Crise : douleur violente dans la fosse iliaque droite.

Diagnostic : a) appendicite, traitement médical sans résultat ;

b) Hernie étranglée.

Opération, hernio-laparotomie : masse épiploïque de la grosseur d'une tête de fœtus. Pédicule tordu deux fois avec l'appendice.

Résection des deux.

G. MORESCO. — *Gazetta degli ospedali e delle cliniche Milan*, 1902.

Homme, 35 ans.

Vieille hernie ing. droite.

Crise : tumeur dure arrondie dans le scrotum, ventre dur, douloureux.

Diagnostic : épiplocèle étranglée.

Opération : tumeur épiploïque en voie de sphacèle à pédicule 3 fois tordu, lésions de péritonite.

VIGNARD et GIRAudeau. — *Archives Provinciales de Chirurgie*, avril, 1903.

Homme, 30 ans.

Vieille hernie droite.

Crise brusque : temp. 38°, tumeur dure, douloureuse.

Diagnostic : épiplocèle appendiculaire.

Opération : difficile à cause des adhérences, liquide sanguinolent, tumeur épiploïque, volumineuse, pédicule sous coliqué tordu 3 fois.

L'appendice contient 3 calculs stercoraux.

MALHERBE. — (Janvier 1903), *Archives Provinciales de Chirurgie*, avril 1903.

Homme, 28 ans.

Hernie ing. droite, depuis 6 ans, réductible.

Douleurs fosse iliaque droite.

Diagnostic : appendicite, empâtement et matité dont le foyer supérieur serait le point de Mac-Burney.

Laparotomie : tumeur volumineuse, violacée, pédicule tordu 3 fois à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du grand épiploon.

QUENU. — *Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie*, 1903.

Femme, 51 ans.

Hernie ing. gauche irréductible.

Crise : violentes douleurs au dessus du pli de l'aîne.

Diagnostic : épiplocèle ing. irréductible.

Opération : liquide citrin, masse épiploïque énorme, ecchymotique, se prolongeant dans le ventre, torsion deux tours près du colon.

CAPELLE. — *Bull. et mém. de la Société anatomique*, juin, 1903.

Homme, 50 ans.

Accusait des phénomènes de péritonite.

Mort.

Autopsie : grand épiploon enroulé sur lui-même et atrophié ; l'extrémité inférieure était fixée dans le sac.

SONNENBURG. — *Archives intern. de Chir.* 1903.

Homme, 32 ans.

Hernie ing. depuis 7 ans et utopie testiculaire du même côté.

Crises douloureuses, hernie irréductible.

Diagnostic : étranglement épiploïtique.

Opération : testicule atrophié, épiploon tordu 3 ou 4 fois dans la cavité abdominale.

Résection.

TRINKLER. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1904.

Homme.

Vieille hernie ing. et hydrocèle.

Crises douloureuses fréquentes.

Opération : après ouverture du scrotum par l'hydrocèle, découverte d'un épiploon malade filant dans le ventre par l'anneau inguinal. Laparotomie : sortie de la masse épiploïque qui était tordue 3 fois.

Résection.

MAUCLAIRE. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1904.

Homme, 45 ans.

Hernie ing. droite depuis 15 ans.

Crises douloureuses pendant 3 jours, temp. légère, pas de symptômes d'occlusion ni d'étranglement.

Opération : tumeur épiploïque, avec un pédicule tordu de gauche à droite d'un tour et demi, siégeant au dessous de l'anneau inguinal.

Résection au dessus de la torsion.

SCHMID. — Observ. rapportée par M. Guinard. *Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris*, 7 mars 1906, p. 283. — *Semaine Médicale*, 1906, p. 128.

M. Guinard présente un rapport sur une observation de torsion du grand épiploon dans une hernie inguinale scrotale, adressée par M. Smid (de Nice).

Il existait 12 tours de spire, assez serrés, sur un cordon épiploïque mesurant de 12 à 15 centimètres environ.

Th. B. NOBLE (*Amer. journ. of obstetres*, mars 1904).
· *Semaine Médicale*, 1904, p. 260.

Une femme de 24 ans, fut prise une nuit, dans la région épigastrique, de douleurs atroces avec nausées et vomissements. Depuis 2 ans elle avait de temps à autre des douleurs de ce genre, mais qui n'avait jamais encore présenté pareille intensité. Les antécédents de la malade étaient nuls, sauf une infection blennorrhagique datant de deux ans et demie.

Quand le médecin la vit le lendemain de sa dernière crise, elle avait une température de 37°7, un pouls à 90 et la langue un peu chargée ; les vomissements de la nuit avait cessé. La patiente était couchée sur le dos, les cuisses légèrement fléchies ; l'abdomen était légèrement sensible, surtout à droite et la compression de Mac-Burney réveillait une vive douleur qui se répercutait jusqu'à l'estomac.

Il existait un peu de météorisme ; toutefois, le son tympanique abdominal faisait place à une légère matité dans une zone mal limitée, placée à droite et au dessous de l'ombilic ; d'ailleurs, la rigidité musculaire et un léger embonpoint rendaient le palper difficile. La malade avait eu une selle la veille. On porta le diagnostic d'appendicite, mais les phénomènes s'étant un peu amendés, cette femme refusa de se laisser opérer. 6 jours après, cependant, les douleurs reparurent, accompagnées d'un frisson et d'une élévation de température à 38,3 ; on sentait alors une masse distincte, située à mi-chemin entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic.

L'opération fut cette fois acceptée et l'on fit la laparotomie.

Entre le fascia transversalis et le péritoine on trouva tout d'abord un léger exsudat, puis la séreuse ayant été ouverte, on vit une masse de couleur foncée, presque noire, large de 5 centimètres, longue de 12 cm. et demi, entourée d'adhérences récentes. Après la dissociation de ces adhérences, qui s'accompagna d'une hémorrhagie assez abondante, on reconnut que cette masse noirâtre était le grand épiploon, qui, fixé par son extrémité inférieure au pavillon de la trompe droite, formait une bride autour de laquelle il s'était enroulé à tel point que sa circulation était interrompue. Il est probable qu'abandonnée à elle-même la

lésion aurait abouti à la gangrène et à la suppuration. Quant au mécanisme de cet accident, on peut supposer que l'infection blennorrhagique antérieure était la cause de l'adhérence épiploo-tubaire et que les mouvements des anses testinales avaient eu pour effet d'enrouler l'épiploon autour de lui-même.

L'épiploon fut réséqué, ainsi que l'appendice, bien que celui-ci ne présentât aucune lésion et la malade guérit parfaitement.

EITEL : *A rare omental tumor* (*Med. Record*. 20 mai 1899 p. 1979).

OTTO SIMON : *Münch. med. Wochensch.* 10 oct. 1905.

E. PRETZSCH : Ueber die torsion des Netzes. *Beitrage z. Klin. chir.* 1906 XLVIII p. 118.

Nous y relevons l'observation de :

KUTTNER : *Centralbl. f. Chir.* 1905.

Homme, 30 ans.

Hernie ing. gauche ancienne.

Souffrait très souvent au point d'être obligé de quitter ses affaires pendant quelques jours.

Crise dernière : vives douleurs dans la région herniaire.

Laparotomie : testicule en ectopie, descendant dans le scrotum une masse épiploïque volumineuse tordue entre deux points fixes, dont l'un était adhérent au fond de la hernie.

Epiploon réséqué.

RIEDEL : *Münch. med. Wochensch.* 21 nov. 1905.

F. T. STEWART : Volvulus of the omentum. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.* 19 mars 1904, p. 767).

Ch. L. SCUDDER : Intra-abdominal torsion of the entire

- great omentum. (*Ann. of Surgery*, dec. 1904, p. 916).
- WIESINGER : (*Aerztlicher Verein in Hambourg*, 5 mai 1901.) *Munch. med. Wochensch.* 19 mars 1901, p. 480.
- TRINKLER : *Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 1904 nov,
- KRONER : *Deutsche med. Wochensch.* 1904. Vereinsbeilage.
- PAYR : *Arch. f. Klin. Chir.* 1902, Bd 58, s. 501.
- JAMES BELDWIN : *Annals of Surgery*, 1902. s. 740 (2 cas).
- NORDMANN : *Centralbl. f. Chir.* 1903, m. 7. s. 206 (2 cas).
- ZELLER : *Centralbl. f. Chir.* 1903, s. 206.
- RUDOLF : *Wien. Klin. Wochenschr.* 1903 (2 cas).
- BLAKE : *Annals of Surgery*, 1903.
- ROCHE : Torsions du grand épiploon. *Thèse de Paris*, 1905.
- LEJARS : Torsions du grand épiploon. *Semaine Médicale*, n° 7. 13 fév. 1907, p. 73.
- LAPEYRE : sur l'omentovolvulus. *Arch. prov. de Chirurgie*, n° 5, juin 1907.
-

